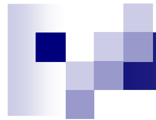
Hématome retro placentaire

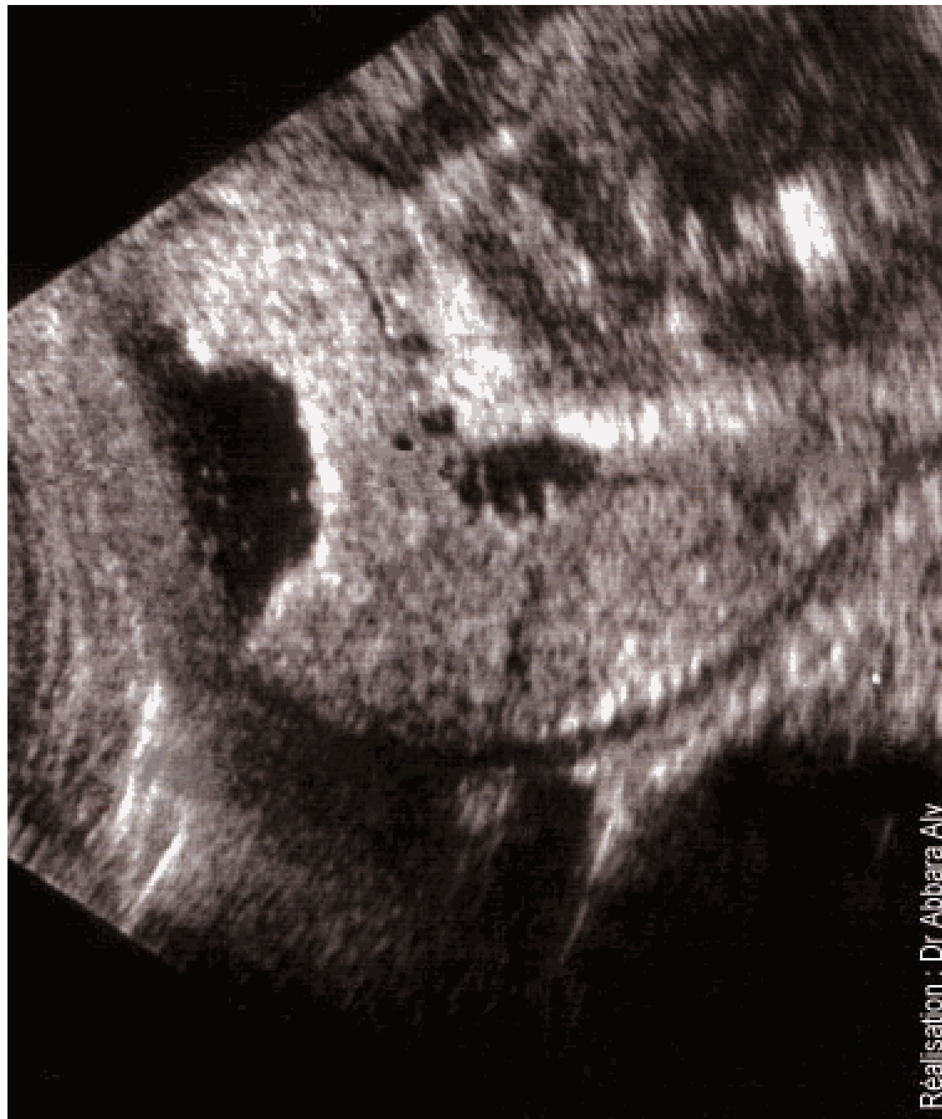
Dr .Ziani

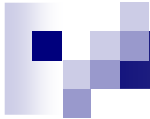


Introduction:

Définition:

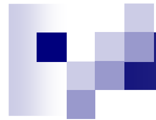
- accident paroxystique qui survient au 3eme trimestre de la grossesse et pendant le travail, définit par la formation rapide d'une collection sanguine entre la face maternelle du placenta et la paroi utérine responsable d'une interruption rapide de échanges materno-fœtaux source d'une SFA voir la mort fœtale
- Décollement prématuré d'un placenta normalement inséré, apoplexie utéro-placentaire, syndrome de Couvelaire


Réalisation : Dr Abbara Aly



Intérêt:

Pathologie grave aussi bien pour la mère que pour l'enfant en raison de la morbidité et la mortalité qu' elle engendre



Etiopathogenie

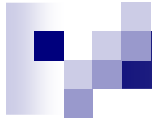
Pathogénie:

HRP: 2 types d'HRP:

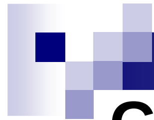
- Spontané: le plus fréquent; survient préférentiellement chez des gestantes présentant une pré éclampsie

  Plusieurs hypothèses:

  - Spasme vasculaire
  - Poussées hypertensives
  - Rupture vasculaire
  - Fragilité capillaire



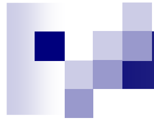
- <u>Traumatique</u>: suite à un traumatisme abdominal accidentel(accident de la circulation, chute), ou iatrogène: manœuvres obstétricales
  - Leur pathogénie est évidente: choc direct sur l'utérus à travers l'abdomen soit un décollement iatrogène provoqué par une manœuvre obstétricale qui en mobilisant le fœtus tire sur le placenta par l'intermédiaire du cordon



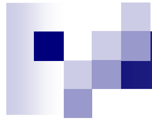
Conséquences de l'HRP

Mère:

- hypo volémie et état de choc
- CIVD par passage dans la circulation maternelle de thromboplastines contenues dans l'hématome ce qui entraine la formation de plusieurs hématomes disséminés dans la circulation maternelle et donc consommation des facteurs de coagulation
- Hémorragie incoercible
- Complications rénales: l'hypovelemie donne une hypo perfusion rénale responsable d'abord d'une insuffisance rénale fonctionnelle puis peut survenir une IR par nécrose tubulaire réversible voir même une nécrose corticale irréversible
- Syndrome de Sheean

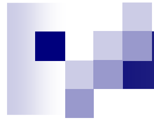


- **Fœtus**
  - Le décollement placentaire diminue puis interrompt la perfusion fœtale entrainant une hypoxie fœtale puis dans des délais plus ou moins rapides la mort fœtale par anoxie



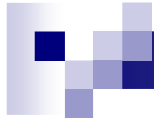
Facteurs de risque de l'HRP spontané:

- HTA d'autant plus important que l'HTA est gravidique est sévère surtout chez la primigeste
- Age> 35 ans
- Tabac
- Certaines carences: vitamine C , acide folique
- Influence des saisons: plus fréquent en automne
- Cet accident peut survenir au cours d'une grossesse apparemment normale chez des patientes sans facteurs de risque identifié

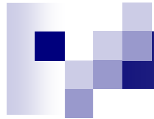


Diagnostic positif:

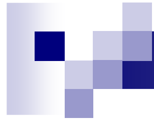
- **Forme aigue:** le tableau clinique est brutal caractérisé par un début brutal et une évolution extrennement rapide
  - Le début a été comparé un coup de tonnerre dans un ciel serein;
  - Apparition brutale d'une douleur abdomino pelvienne intense en coup de poignard
  - Un saignement noirâtre minime
  - Rapidement l'état général s'altère et l'état de choc commence à s'installer



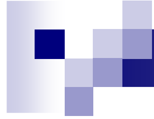
- Examen général:
  - Erat de choc: pâleur des téguments, froideur des extrémités, sueurs profuses
  - La TA peut être élevé ou normale(vu le contexte de pré éclampsie), le pouls est accéléré



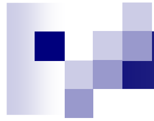
- Examen obstétrical:
  - Contracture utérine généralisée: à la palpation la contracture est permanente (il n'y a pas de relâchement), réalisant un utérus de bois
  - La hauteur utérine augmente d'un examen à l'autre(cette augmentation est en rapport avec l'importance de l'hématome)
  - Au TV , le segment inferieur est dur, tendu en « sebille be bois », le col est rigide et son orifice interne est spammé voir comme « cerclé » par un fils de fer; les membranes sont tendues, le doigtier revient souillé de sang



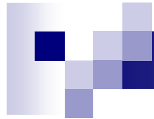
- Auscultation: les bruits du cœur fœtal sont presque toujours inaudibles, le plus souvent , ils sont absents car le fœtus a déjà succombé; parfois ils sont masqués par la contracture de la paroi utérine



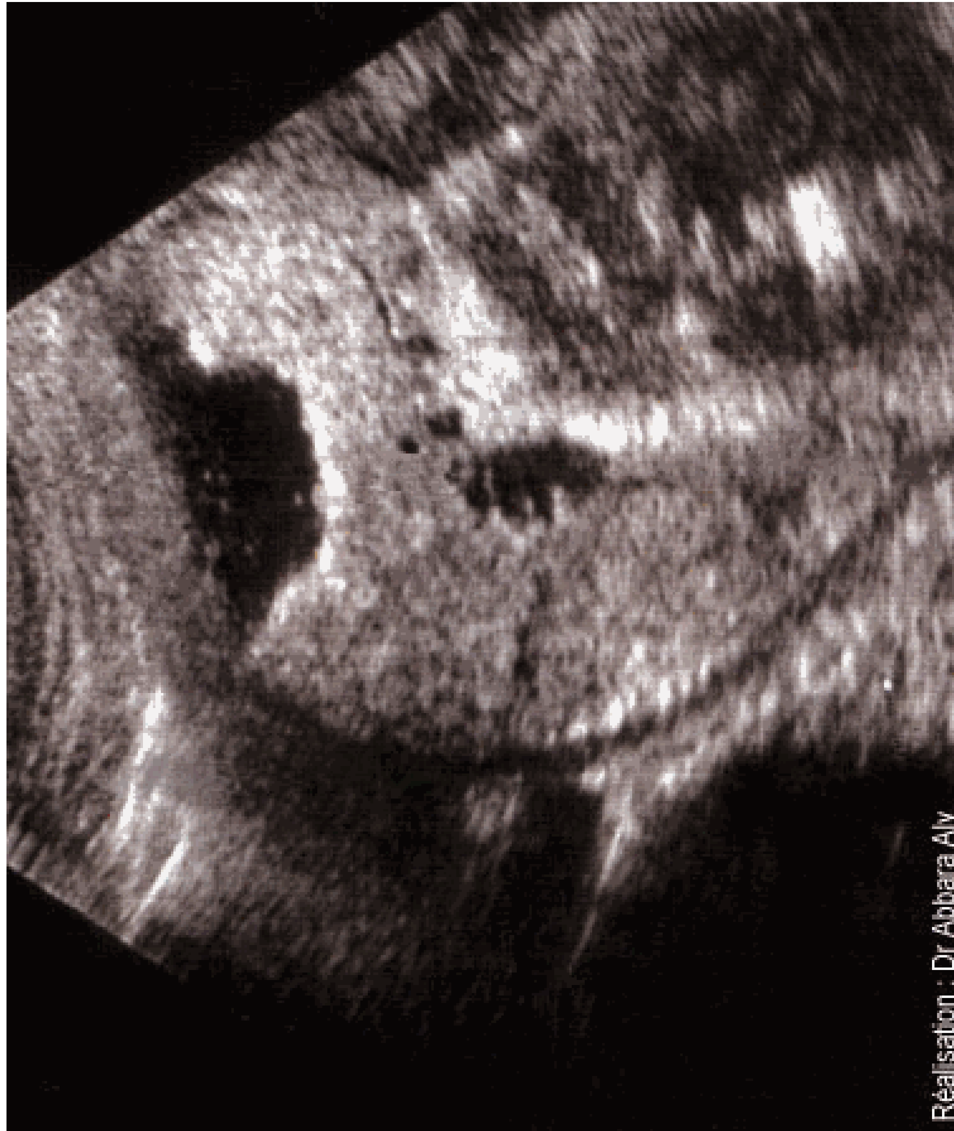
- **Métrorragies minimes contrastant avec une altération de l'état maternel**
- **Contracture utérine**
- **BCF inaudibles**

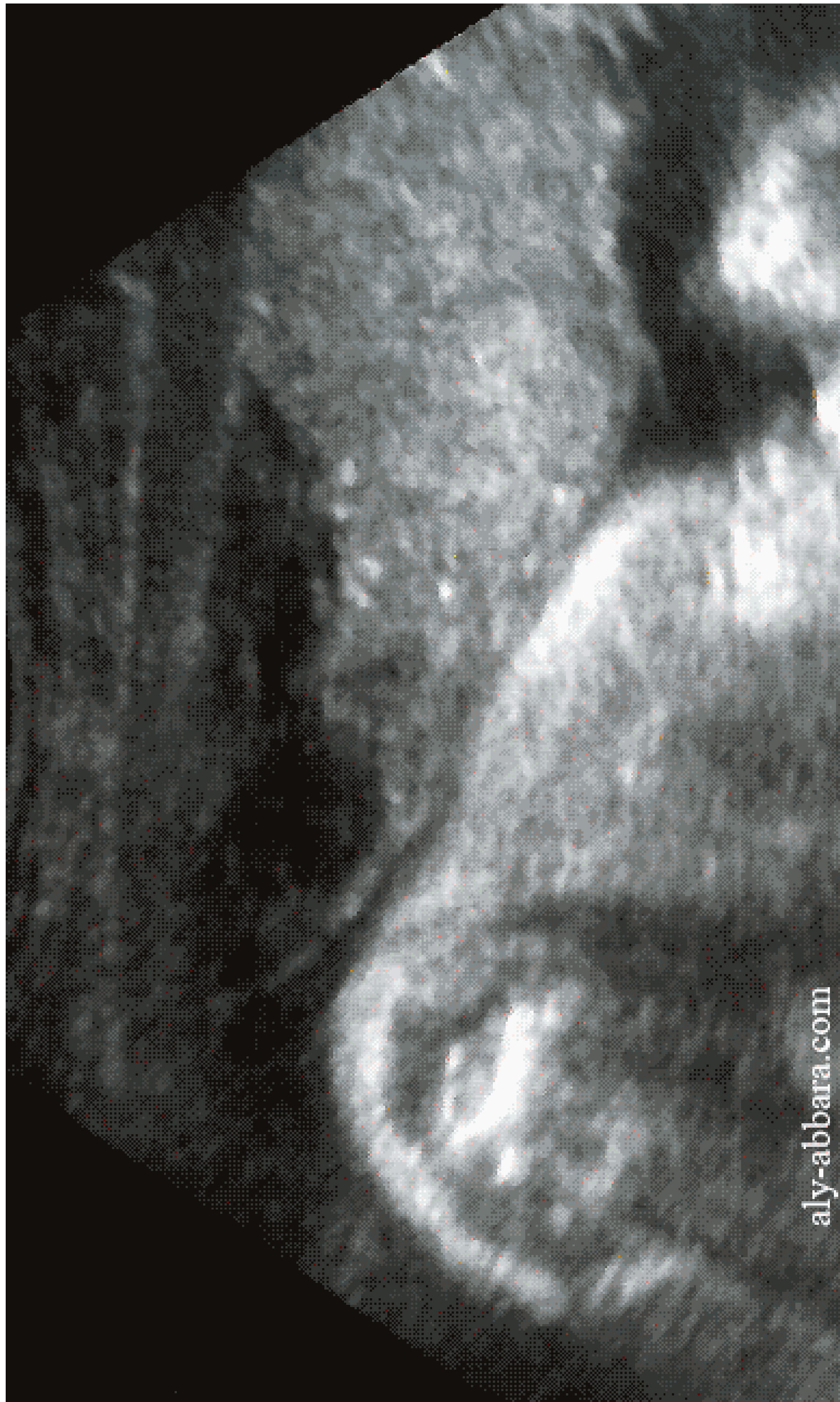


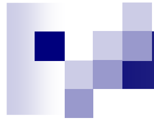
Rechercher les signes de pré éclampsie: œdèmes et protéinurie



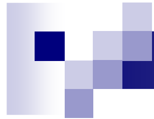
- Echographie;
  - Confirme le diagnostic, qui visualise ce décollement sous la forme d'une zone anéchogene ou hypoechogene, sous forme se croissant ou fusiforme interposée entre la face maternelle du placenta et la paroi utérine.
  - Cet examen permet d'apprécier l'état fœtal


Réalisation : Dr Abbara Aly


aly-abbara.com

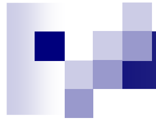


- Le diagnostic est définitivement porté
  - Au cours de la césarienne, sur l'aspect « ecchymotique » de l'utérus
  - Apres le délivrance par l'existence d'un caillot et de son emprunte en cupule sur la face maternelle du placenta

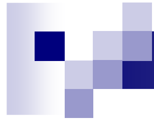


Formes cliniques: tous les intermédiaires peuvent se voir entre la forme aigue typique et les formes infra cliniques:

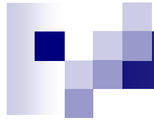
- Les formes mineures: sont caractérisées par
  - un état général conservé
  - Mauvais relâchement
  - BCF modifiés
  - contexte d'HTA



- Formes associées au placenta prævia:
  - saignement plus important
  - Hypertonie utérine modérée
  - Des membranes rugueuses
  - Retentissement materno-fœtal variable
  - Intérêt de l'échographie

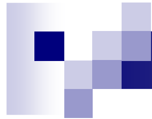


- Formes simulant un PP:
  - les hémorragies sont répétées, suite à un épisode douloureux abdominal
  - BCF non modifiés
  - L'écho+++
  - Le pc est généralement bon



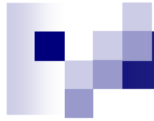
- Formes précoces: rares
  - Le tableau simule une MAP
  - Le Dg est fait à l'échographie

- Formes simulant une MAP: d'où l'intérêt de faire un ERCF devant tout MAP, et rechercher les signes cliniques et biologiques en faveur d'unHRP

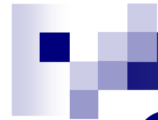


Diagnostic différentiel:

- **Placenta prævia**:
  - hémorragie brutale, en général abondante, indolore répétée faite de sang rouge
  - Utérus souple
  - BCF audibles
  - L'échographie confirme l'insertion basse du placenta
  - L'examen du délivre retrouve un petit coté des membranes inferieur a 10 cm



- **Rupture utérine:**
  - Précédé par un syndrome de pré rupture puis survient
  - Une douleur brutale suivie d'une sensation de bien être qui précède l'état de choc
  - L'examen obstétrical: Metroggaries minimes
    Perception de 2 masses
    BCF absents
    Pas de présentation au TV



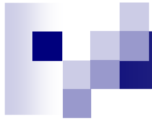
Complications:

Parmi les multiples complications, 2 sont redoutables: l'hémorragie incoercible par trouble de la coagulation et la nécrose corticale du rein.

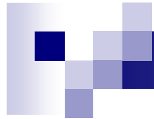
- **Hémorragie par trouble de la coagulation:**

Les troubles de la coagulation, secondaires d'abord à la défibrination aigue (par consommation du fibrinogène au niveau du caillot), et aggravés par la coagulation intra vasculaire disséminée, se manifeste après la délivrance par la persistance des saignements et leur caractère spécifique: le sang d'abord rouge, devient de plus en plus clair et de plus en plus fluide jusqu'à devenir franchement incoagulable.

A ce stade le pronostic est toujours réservé et l'évolution peut être rapidement fatale

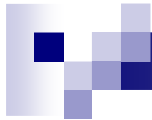


- **Nécrose corticale du rein:** l'évolution se fait soit vers l'insuffisance rénale aigue rapidement mortelle, soit vers l'insuffisance rénale chronique



- **Nécrose cortico surrénalienne:** peut accompagner le nécrose corticale du rein; incompatible avec la vie
- **Nécrose hypophysaire:**

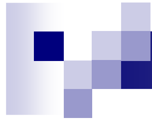
  Accompagne souvent la nécrose corticale du rein, elle peut être partielle ou totale (syndrome de Sheehan)
- **Nécrose de l'utérus:** l'ischémie du muscle utérin, quand elle est prolongée et étendue à tout l'utérus, réalise un infarctus utérin: l'utérus est noir, atone; le pronostic fonctionnel de cet utérus est fortement compromis



Pronostic:

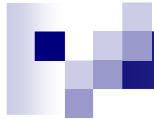
- **Fœtal:** pronostic très mauvais
  - La mortalité périnatale est très élevée
  - La morbidité est en rapport avec la durée et le degré de la souffrance fœtale

- **Maternel:**
  - mortalité: due essentiellement à l'hémorragie incoercible par CIVD ou à la nécrose rénale
  - Morbidité: Dominée par l'insuffisance rénale chronique et l'insuffisance hypophysaire



Traitement:

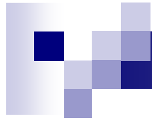
- **Traitement initial:** Comporte 2 gestes primordiaux:
  - Rupture large de membranes: elle a pour but de diminuer l'hyperpression ovulaire provoquée par le caillot(qui favorise le passage dans la circulation maternelle de thromboplastines), et de déclencher ou d'accélérer le travail
  - Réanimation médicale: consiste à prendre 2 voies d'abord veineux afin de restaurer la volémie et de rétablir la fonction rénale



- **Le traitement obstétricaux-chirurgical:**

La décision est fonction de l’état materno-fœtal

- Si l’enfant est vivant; la césarienne pour sauvetage fetal s’impose
- Si l’enfant est mort
  - L’état maternel le permet, l’évacuation utérine peut être obtenue par voie basse à la suite d’un déclanchement artificiel ou d’une accélération du travail, à la condition d’une expectative armée et courte. en cas d’échec, le recours à la césarienne s’impose pour sauvetage maternel
  - Si l’état maternel est alteré;faire une césarienne



Conclusion:

- L'hématome retro placentaire est une pathologie gravidique fréquente grave par ces complications
- Le pronostic maternel est relativement préservé par un diagnostic précoce et une prise en charge rapide et adéquate en milieu spécialisé
- Le pronostic fœtal reste malheureusement sombre.